CHLEF Médical

Publication trimestrielle éditée par l'association
du corps médical privé de la wilaya de Chlef

N°32 - Janvier 2005
7ème année

Formation médicale continue

Reprise des colloques du jeudi médical de Chlef

Le 5ème forum national de FMC: Une édition réussie

Thérapeutique

La notion de médicament de prédilection

Journée mondiale de lutte contre le SIDA

D'une peine à l'autre ?

La thérapie génique

Dossier :

Téléphone portable & santé

2005 - Meilleurs voeux

Editorial

Préoccupations écologiques

Pas plus loin qu'au mois de ramadhan dernier, la ville de Chlef se trouvait envelopper dans un brouillard de fumée très incommodante dès la tombée de la nuit, l'exhalaison émanant de la mise à feu de la décharge publique de Chegga. Par qui ? Personne ne le saura.

A l'APC, on dit que ce problème sera définitivement résolu avec la mise en service du nouvel incinérateur en construction à X, loin de la ville. Est-ce que pour autant les tracas écologiques et sanitaires engendrés par la combustion des déchets ménagers vont disparaître parce que çà va se faire dans une usine ? Pas sûr !

A ce propos, les faits suivants méritent d'être rappelés :

L'incinération est une technique dépassée. On l'utilise de moins en moins dans les pays avancés, eux qui ont expérimenté avant nous cette méthode d'élimination des déchets ménagers et qui la rejètent aujourd-'hui. En fait, l'incinération ne résout pas véritablement le problème mais le déplace : les chéliféens ne seront plus importunés par le brûlage de leur décharge publique suite à l'entrée en fonction de l'incinérateur de X. Mais les habitants des hameaux plus ou moins proches de celui-ci vont subir à leur détriment toute sorte de préjudices causés par la pollution chimique née de la crémation d'ordures qui ne sont pas les leurs.

Quelle injustice !

L'incinération dégage dans l'atmosphère des matières hautement toxiques (dioxines, furannes…etc.) qui à effet cancérigène, qui à effet allergisant, qui à effet tératogène (sur la reproduction)…. Par ailleurs, l'incinération ne fait pas disparaître les déchets ménagers, elle réduit tout juste leur volume. Le poids du résidu de la combustion, des cendres, représente le 1/3 de la masse initiale de déchets ménagers !

Notre propos n'est pas de faire le procès de l'incinération mais d'attirer l'attention sur l'absence d'un débat au sein de notre société sur les problèmes posés par la dégradation de l'environnement. Il n'y a pas que la décharge publique qui préoccupe ; d'autres contraintes écologiques existent : insalubrité du milieu urbain, l'Oued Tsighaout - un grand égout à ciel ouvert - qui charrie à longueur d'année une boue nauséabonde, déprédation continue des espaces verts… Des problèmes dont tout le monde doit contribuer à leur solution : administration, assemblées élues, citoyens, associations, organismes publics…

À commencer par ouvrir un débat sérieux et serein entre esprits responsables, non pour culpabiliser telle ou telle autre partie dans la genèse du malaise environnemental, non pour s'échanger les invectives et les menaces mais pour approfondir la réflexion, examiner avec toute la rigueur voulue toutes les données du problème puis décider ensemble d'un programme d'action allant dans le sens d'une prise de conscience réelle permanente et collective à ce sujet.

Dr Ahmed BENKHALED

...sincèrement désolés!

Notre association est trop souvent sollicitée par des particuliers pour le financement de traitements médicaux ou chirurgicaux.

C'est vrai, l'ACMPC s'est engagée plus d'une fois dans des actions humanitaires et caritatives. A ce jour, plus d'une quinzaine de malades ont été opérés à ses frais. Ce sont des patients chez qui a été posée l'indication d'un traitement chirurgical par un médecin de l'association lors d'une sortie de volontariat médical ou dans le cadre de l'action sociale menée auprès de certaines catégories sociales (écoles de malvoyants, d'enfants handicapés…) lorsque cela est possible.

L'association fonctionne grâce aux largesses de ses membres ; elle n'a jamais bénéficié de subvention de l'État. Par conséquent, ses moyens sont donc limités. Et de ce fait, elle ne peut pas, malheureusement, répondre positivement aux demandes de financement de soins qui lui parviennent.

Merci pour votre compréhension

Salut professeur !

Ses amis disent de lui qu'il a une mémoire phénoménale ! Mais ce qui frappe le plus chez lui est que cette dernière n'a d'égale que sa grande modestie. On l'a vérifié lors des dernières journées scientifiques organisées par l'ACPMC et dont la toute dernière consacrée à l'HTA. Il a toujours honoré ses hôtes ainsi que toute la région en fait de sa présence (et sa prestance !) malgré les mille et un impératifs de sa vie familiale et professionnelle.

Il a ce don d'animer les rencontres et débats avec une aisance déconcertante, ainsi qu' un savoir-faire peu commun non sans nous gratifier de temps à autre de quelques anecdotes par ci et quelques subtilités par là, soulevant des réactions de toute l'assistance et détendre ainsi l'atmosphère de fort belle manière !

De nombreux médecins qui l'ont côtoyé à un moment donné de leur vie (notamment durant leurs stages d'externat ou d'internat) ont eu l'agréable surprise de savoir qu'il les a reconnu après tant d'années (vingt ans pour certains !).

Pour quelqu'un de très sollicité , il n'est pas toujours évident de pouvoir l'accoster si facilement. Et pourtant c'est ce qui se passe à chaque fois qu'on le croise. Notre homme a cette magnifique et habile manière de communiquer et une si touchante familiarité dans les propos qu'il vous fait oublier jusqu'à son statut de professeur! C'est de la modestie certes, mais doublée d'une qualité devenue rare de nos jours **:** la sagesse tout simplement !

Il s'agit bien sûr de l'honorable Professeur Salim Benkhedda qui malgré son jeune âge est en train de gagner sa place parmi les grands.

Qu'il sache ici que nous lui serons toujours reconnaissants et redevables pour sa bonté, sa générosité et surtout sa grande disponibilité qui est en passe de devenir, du moins ici à Chlef, … légendaire !

Dr GHRIS Mahieddine

☆☆☆

La notion de médicament

Dr GHRIS

Il nous arrive tous, lors de nos consultations quotidiennes, d'observer des haltes d'hésitation dans le choix de tel ou tel médicament à prescrire. La multitude de nouveaux produits qu'injecte régulièrement l'industrie pharmaceutique sur le marché a de quoi rendre perplexe! (pour reprendre la formule du professeur Benkhedda lors de la dernière journée médicale organisée par l'ACPMC) . Les délégués médicaux, pour la plupart, ne nous arrangent guère les choses non plus. Ceux-ci avancent souvent des arguments théoriques présentés comme résultats des toutes dernières recherches scientifiques, en corsant leurs exposés par d'innombrables tableaux, des courbes bizarroïdes et des chiffres plutôt indéchiffrables à vous couper le souffle! Et chacun conclura que son produit est le meilleur du moment !

Un médecin de campagne comme la plupart d'entre nous n'aspire en fait qu'à une seule chose **:** avoir le plus large consensus possible sur des produits donnés. Nous acculer à faire ce choix au milieu de toute cette foire en un temps record et que n'ont pu faire des sociétés savantes qu'après des années d'étude et de réflexion, relève du… surnaturel !

Nous avons peut-être schématisé, mais l'essentiel pour nous, médecins généralistes, est de faire comprendre que nous ne sommes pas le réceptacle ou le fourre-tout que l'on a tendance à croire !

C'est pour cette raison d'ailleurs que d'éminents Professeurs en médecine et en pharmacologie ont élaboré à notre intention la notion de «médica-ments de prédilection» dans un ouvrage édité par l'OMS (voir référence) que l'on ne pourra suspecter de partialité ! C'est quoi au juste ?

I- la notion de médicament de prédilection :

Elle va nous être très utile dans notre tâche quotidienne dans la mesure où ce sont des médicaments que l'on connaît le mieux et que l'on prescrit de préférence à d'autres à des situations cliniques similaires, sans hésitation aucune. Ils constituent notre première réponse thérapeutique

L'avantage est de gagner certes en rapidité dans la prescription mais le but visé est d'éviter la recherche à tout bout de champs quoi prescrire? Un autre avantage indéniable est que plus on prescrit régulièrement les mêmes produits, plus on les connaît le mieux (effets secondaires, contre-indica-tions, posologies, interactions). Et c'est tant mieux pour nos patients !

II- médicaments de prédilection et médicaments essentiels :

Nous savons tous que les médicaments mis sur le marché et ceux figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels sont bien plus nombreux que ceux qu'on prescrit couramment. Selon l'OMS quelques 40 ou 60 médicaments au plus constituent tout l'arsenal thérapeutique de la plupart des cliniciens. Nous avons donc intérêt à prévoir le notre de façon rationnelle, en dressant notre propre liste de médicaments essentiels. Et ce sont précisément les produits portés sur cette liste à usage personnelle qui seront nos « médicaments de prédilection ».

III- médicaments de prédilection et recommandations internationales :

Dresser cette liste personnelle de médicaments essentiels plus connus désormais sous le nom médicaments de prédilection, équivaut à se référer aux recommandations élaborées par les sociétés savantes internationales dont l'OMS, concernant les affections les plus couramment rencontrées (MST, HTA, affections respiratoires, pathologies infectieuses…). Ces recommandations se fondent sur des conclusions scientifiques dignes de foi, unanimement approuvées par les différents spécialistes.

IV- les étapes du choix du médicament de prédilection

Il nous arrive de poser le bon diagnostic à propos d'une affection donnée mais lors de la rédaction de l'ordonnance on bute sur un problème de taille. Que choisir entre tel et tel médicament? Le produit x est très efficace mais assez cher, le produit y traverse notre pensée mais on se rappelle qu'il n'est pas recommandé dans le cas présent, le produit z pourrait convenir parce qu'on vient de lire quelque chose à son propos mais on ne sait plus à quelle dose le prescrire ?

C'est de là qu'est venue la solution du médicament de prédilection .Mais pour faire notre choix, il nous faut suivre un cheminement en 5 étapes :

Étape 1 : poser le diagnostic

En choisissant un médicament de pré-dilection, on n'oubliera pas que ce sera un médicament de 1er recours destiné à traiter une affection commune. Et plus on connaît la physiopathologie d'une affection donnée, plus il nous sera facile de faire le bon choix. Avant de traiter un malade, on définira bien sur avec le plus de certitude la nature de son problème. En revanche, la 1^{ere} étape du choix d'un médicament de prédilection ne consiste qu'à désigner un problème commun.

Étape 2 : spécifier l'objectif thérapeutique

En définissant avec exactitude l'objectif qu'on veut atteindre chez un

de prédilection

Mahieddine

patient donné (faire baisser la pression systolique à une certaine valeur, soigner une migraine, une crise d'asthme, un angor…), et en connaissant mieux la physiopathologie de son affection (celle-ci détermine le lieu d'action possible du médicament à choisir), il nous sera alors plus aisé de faire le choix de notre médicament de prédilection.

Étape 3 : répertorier les groupes de médicaments efficaces

Le premier critère de sélection est l'efficacité. Il existe sur le marché ,comme souligné plus haut, des dizaines de milliers de produits différents ! Ceux-ci ne forment au total que quelque soixante dix groupes pharmacologiques distincts. Tous les médicaments ayant un mécanisme d'action (pharmacodynamie) identique et dont la structure moléculaire est similaire, appartiennent à un groupe bien défini (ex : les pénicillines, les IEC, les bêtabloquants...) . On s'intéressera donc en 1er lieu aux groupes de médicaments.

Reconnaître les groupes de médicaments efficaces consiste à **:**

1er/ Consulter soit les formulaires et directives existant au sein de notre système de santé, soit les recommandations des sociétés savantes internationales, soit la liste des médicaments essentiels de l'OMS (celle-ci bénéficie d'une mise à jour tous les deux ans).

2ϑ Examiner l'index d'un bon ouvrage pharmacologique de référence (ex: le Vidal) pour déterminer quels sont les groupes répertoriés correspondant à notre objectif thérapeutique.

Étape 4 : opter pour un groupe efficace en fonction des critères applicables

Afin de pouvoir comparer des groupes de médicaments efficaces , il nous faut avoir des informations sur les critères suivants : **l'efficacité, l'innocuité, l'adéquation et le coût.**

***L'efficacité :** Les prescripteurs choisissent d'habitude les médicaments en raison de leur efficacité, mais ne se soucient trop souvent de leurs effets secondaires qu'une fois manifestés. En d'autres termes, on soigne trop de patients avec des médicaments inutilement puissants ou élaborés (cas de prescription d'antibiotiques à large spectre pour des infections banales). Il arrive souventà des laboratoires pour promouvoir un médicament cher, de faire valoir certaines de ses propriétés cinétiques qui en fait ne présentent que peu d'intérêt clinique, alors même qu'existent de bonnes solutions à meilleur prix. (se rappeler si besoin est le cas édifiant de l'hydrochlorothiazide et les Recommandations récentes en matière de traitement de l'HTA, rapportées lors de la toute dernière journée médicale organisée par l'ACPMC).

***L'innocuité :** En principe tout médicament possède des effets secondaires qui parfois sont assez graves. 10% des hospitalisations leur sont imputables d'après l'OMS. S'il est vrai qu'on ne peut les prévenir tous, on peut néanmoins en éviter beaucoup. Surtout si l'on sait qu'ils sont la plupart du temps une conséquence de choix ou de dosages inappropriés.

Il existe également des groupes de patients à hauts risques chez qui ces effets s'expriment le plus, exigeant de notre part la plus grande vigilance : ce sont les enfants, les vieillards, la femme enceinte, les insuffisants rénaux et hépatiques, etc.…

***L'adéquation :** On est sur de l'efficacité d'un médicament de prédilection chez un patient souffrant d'une pathologie donnée, mais on ne peut le prescrire du fait de l'existen-

Suite su sujet en page 13

Journée mondiale de la Santé 2005

Femmes et enfants à l'honneur

« Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »

Voici le thème de la Journée mondiale de la Santé 2005, qui se déroulera comme chaque année le 7 avril. En effet, trop souvent la condition des femmes et des enfants est négligée.

« *La véritable tragédie* » commente le Dr Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS, « *c'est que des millions de femmes et d'enfants meurent. Et nous ne faisons rien pour les sauver.* ».

Dans les pays en développement, la grossesse et l'accouchement comptent parmi les premières causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Et un enfant sur 12 meurt avant ses cinq ans !

Pourtant, lorsqu'elle a défini les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la communauté internationale s'est engagée à réduire les décès maternels des trois quarts et la mortalité infantile des deux tiers d'ici 2015. «*Nous sommes encore loin de ces objectifs*»constate Joy Phumaphi, Sous-Directeur général à la Santé familiale et communautaire à l'OMS. Elle voit dans la future Journée mondiale «*une occasion unique de faire prendre conscience de l'ampleur du problème*»

Paludisme : plus d'un million

En dépit de l'efficacité des moyens de prévention et de celle des traitements, la paludisme tue annuellement plus d'un million de personnes dans les pays les plus pauvres, les enfants de moins de cinq ans étant particulièrement exposés.

Mobiliser toutes les énergies et débloquer les fonds nécessaires à la lutte contre ce fléau c'est ce que s'emploie à faire le partenariat « Faire reculer le paludisme » fondé en 1998 notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

« Le paludisme ne fait pas l'objet de beaucoup d'échos au plan international » regrettait cette semaine devant la presse à Paris la Pr Awa Marie Coll-Seck, secrétaire exécutive du partenariat. « 40% de la population mondiale est menacée. Nous souhaitons que cette maladie banalisée et négligée pour laquelle les moyens de prévention et les traitements existent devienne une maladie prioritaire ».

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par des moustiques potentiellement mortelle dans les cas les plus graves. Elle touche les régions tropicales et subtropicales et est responsable chaque année de plus de 300 millions de cas de maladies aiguës. Plus de 90% des décès liés au paludisme concernent l'Afrique subsaharienne. Dans les pays à forte endémie, le paludisme maternel est un facteur important de faible poids de naissance, l'une des principales causes de mortalité néonatale.

« En aggravant la pauvreté, cette situation a un impact sur le développement » a souligné Awa Marie Coll-Seck. Pour cette ancienne ministre sénégalaise de la santé, trois milliards de dollars sont nécessaires chaque année pour atteindre l'objectif de 2007 et relever le défi de la résistance de plus en plus fréquente aux traitements antipaludéens et celui de la recherche. «Le nombre de morts augmente du fait de la résistance aux traitements» a souligné le spécialiste danois Allan Schapira, coordinateur du programme contre le paludisme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La création il y a deux ans du Fonds mondial pour le sida, le paludisme et la tuberculose a redonné de l'espoir. «Les subventions obtenues sont passées de 60 millions de dollars annuels à 500 millions » s'est félicité Awa Marie Coll-Seck.

Dans le domaine de la prévention, le paludisme bénéficie de moustiquaires imprégnées de longue durée (quatre à cinq ans d'efficacité) et de pulvérisations d'insecticides dans les logements.

Des traitements ont par ailleurs prouvé leur efficacité, notamment l'artémisine, une plante médicinale donnée en association avec d'autres molécules. Mais ces traitements coûtent dix fois plus cher que les traitements standard. Actuellement, aucun médicament générique n'existe dans ce secteur et les vaccins en sont au stade de l'expérimentation.

Au Mozambique, un essai clinique a montré une efficacité dans 30% des cas. « D'ici cinq à neuf ans, nous devrions être en possession d'un vaccin efficace dans la grande majorité des cas » estime le Dr Schapira.

Décembre 2004 - AP

Le thé, c'est bon mais quand en prendre ?

Le thé, en voilà une boisson qui n'a rien à envier à la renommée de l'eau ! Populaire, ce produit préparé à partir de feuilles a bien des qualités... mais aussi un « défaut » : il bloque l'absorption du fer au niveau de l'intestin.

Explications :

Cette boisson nous vient de Chine. Connu pour ses effets relaxants, le thé est devenu au fil des ans quasiment indissociable de l'identité anglaise. De la culture arabe aussi. Au Liban par exemple, il fait partie intégrante du dîner traditionnel. A quel moment doit-on en boire ? Avant, pendant ou après le repas ? En fait les feuilles de thé contiennent des polyphénols, des composés qui possèdent d'importantes propriétés anti-oxydantes. Dans l'organisme, ces derniers se mélangent au fer présent dans la nourriture -viande, oeufs, poisson, etc...- et l'empêchent d'être absorbé dans l'intestin.

Conséquence, il peut y avoir un risque d'anémie. Surtout chez les femmes enceintes, les enfants et les végétariens. La solution ? Ce serait tout simplement, de boire du thé... en dehors des repas. En clair, aucune remise en question de la consommation du thé en tant que telle, mais un mode d'emploi adapté, pour éviter tout risque de carence en fer...

Téléphone portable et santé

Depuis l'avènement du téléphone portable et son extension dans le monde, d'une façon rapide et brutale, une fièvre s'est emparée des scientifiques et des chercheurs : *qui est pour* et *qui est contre ?* Un brouhaha indescriptible politise le milieu et les médias avides de sensationnel se sont engagés pour mieux ébruité la chose dans le bon sens parfois, mais souvent semant le doute chez les millions d'utilisateurs, quant à une éventuelle nocivité des champs électromagnétiques émanant des antennes-relais et des portables eux-mêmes, jouant ainsi sur une fibre sensible des gens : la cancérophobie. A tord ou à raison ? Seules les recherches le diront.

Aux États-Unis qui sont les pionniers dans l'utilisation du mobile, des procès ont été intentés contre l'industrie du portable. En 1992, David Raynard (Floride) – suite au décès de sa femme d'une tumeur du cerveau – met en cause l'utilisation du cellulaire (portable) à l'origine du développement du cancer. Il a été débouté 3 ans plus tard faute de preuve. En 2000, un neurologue américain, Christopher Newman, atteint d'un cancer du cerveau accuse Motorola de n'avoir pas prévenu les utilisateurs des risques liés à l'utilisation du portable, réclamant à l'occasion 800 millions de dollars de dommages et intérêts. A ce jour, aucune suite n'a été donnée à cette affaire, mais cela a servi à relancer le débat sur les lignes électriques de haute tension qui a fait la une des revues spécialisées, il y a 34 ans et qui s'est estompé après. Le champ électromagnétique a été incriminé dans la genèse de cancers du cerveau des habitants vivants sous les lignes de haute tension ; faute de preuves scientifiques, la polémique a fini par sécher les plumes.

Dossier préparé par Dr DEHABA Tew-

Dossier

Les ondes et les champs électromagnétiques, c'est

Les réseaux de télécommunication sans fil occupent généralement plusieurs bandes de fréquence dans le spectre électromagnétique.

*Aux USA, les téléphones cellulaires utilisent deux bandes :

-les plus anciens utilisent les bandes avoisinant les 850 Mhz

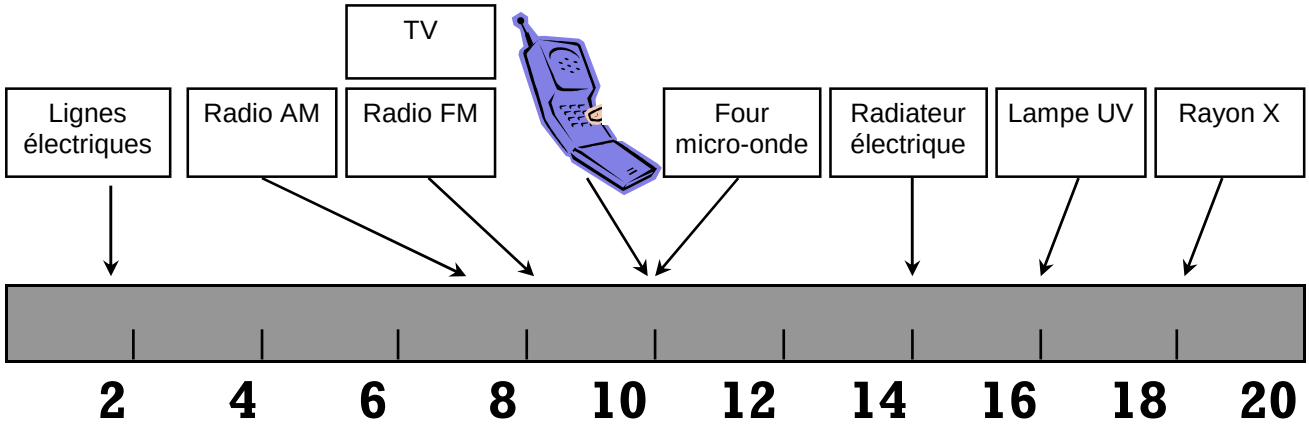
-tandis que les plus récents, une bande proche des 1900 Mhz.

*De son côté, l'Europe a développé le GSM (Global Système for Mobil), une technologie différente de celle de la plupart des réseaux américains. Elle opère sur deux bandes légèrement décalées par rapport aux fréquences américaines, proches respectivement des 900Mhz et 1800 Mhz.

Il faut aussi noter que bon nombre d'appareils à usage domestique émettent eux aussi de l'énergie dans la bande de fréquence voisine de celle des portables. En plus clair, le spectre des portables se situe entre celui des fours à micro-ondes et celui des postes de télévision. Les rayonnements qu'ils émettent ne sont pas ionisants mais peuvent provoquer des effets thermiques. Les photons ont une force insuffisante pour décrocher un électron de l'atome autour duquel il gravite ; par contre, les énergies ionisantes tels les rayons X causent généralement de sérieux dégâts aux tissus vivants.

Dans le cas du téléphone cellulaire, les fréquences utilisées peuvent provoquer des perturbations biologiques par le biais d'autres mécanismes : ondes sonores, forces exercées sur les membranes cellulaires, mais les analyses quantitatives montrent que ces perturbations ne se produisent d'une manière perceptible qu'à des niveaux d'exposition très élevés, bien plus élevé que les normes autorisées aux USA et dans la plupart des pays occidentaux, où la réglementation protége les utilisateurs contre les risques connus des radio-fréquences.

A l'heure actuelle, la seule menace connue reste l'échauffement excessif des tissus. En fait, ce danger reste invraisemblable car les téléphones mobiles émettent sur des fréquences à puissance très faible 600milliWatts Max pour les appareils analogiques (anciens) et 125 milliWatts pour les postes cellulaires numériques mis sur le marché actuellement, sans oublier que ces mêmes téléphones récents réajustent en permanence leur puissance à celle des antennes-relais de façon à émettre le signal le plus faible en garantissant la qualité



Fréquence Gamme Exemples d'application

0 Hz : Champs statiques (électricité statique)
50 Hz : Fréquences extrêmement basses (lignes électriques et courant domestique)
20 kHz : Fréquences intermédiaires (écrans-vidéo, plaques à induction de cuisinières)
88-107 MHz : Radiofréquences Radiodiffusion FM
400-800 MHz : Micro-ondes, radio fréquences (téléphone analogique, télévision)
1900 - 2200 MHz : Micro ondes radio fréquences UMTS
2.45 GHz Micro ondes (four à micro-ondes)
3 - 100 GHz : Radars
102 - 105 GHz : Infra-rouge (télécommandes ...)
105- 106 GHz
800 à 400 nm : Rayonnement visible (lasers)
400 - 100 nm : Ultraviolet (soleil)
100- 10 nm : Rayons X (radiologie)
Moins de 10 nm : Rayons gamma (physique nucléaire)

La perception du risque s'atténue avec l'utilité de

« *Peu d'études se sont souciées d'examiner l'attitude des gens vis-à-vis du téléphone cellulaire ou de savoir quelle perception ils s'en font. Or la peur intuitive que les gens éprouvent à l'égard des champs magnétiques pourrait découler de ce que Donald Mc Gregor et moi-même avons décrit pour la première fois en 1994 sous le nom de "modèle d'interférence". Il s'agit de la vision intuitive selon laquelle l'activité électrique naturelle et essentielle du corps humain " interférerait " par suite d'exposition aux champs magnétiques induits par les lignes de haute tension, un peu comme l'image d'un téléviseur peut subir des interférences de la part des champs générés par un moteur électrique. Les nombreuses personnes qui acceptent cette vision des choses trouvent plausible que des champs électromagnétiques de faible intensité puissent poser des problèmes de santé.*

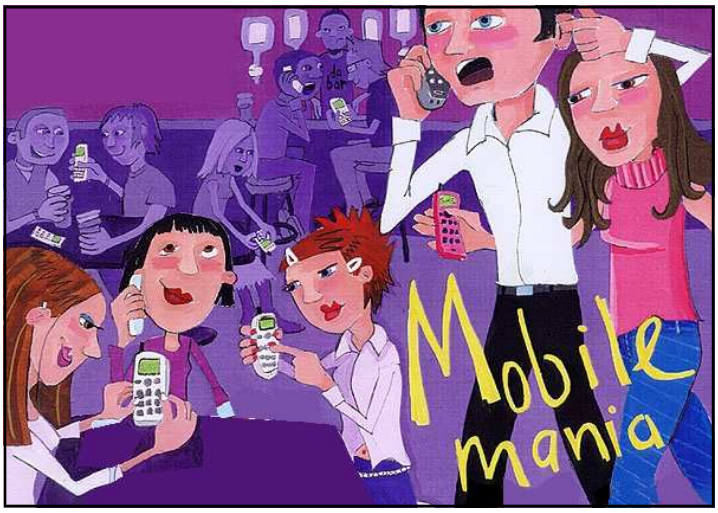
Mais ces inquiétudes ne portent que sur les champs magnétiques générés par les lignes de haute tension et non sur les nombreux appareils électroménagers et domestiques d'usage courant. Cela reflète le fait que la perception et l'acceptation du risque par un individu sont liées à l'avantage que celui-ci compte tirer de la technologie concernée. L'avantage est faible pour la ligne de haute tension, élevé pour les appareils électriques préférés. Or dans le cas qui nous intéresse ici, les gens trouvent le téléphone portable très utile ce qui pourrait contrebalancer les craintes qu'ils aient pour leur santé.

En conséquence, les scientifiques qui tentent d'évaluer les risques du téléphone mobile sont confrontés à un défi. Ils doivent concevoir et mener à bien leurs expériences de façon à réduire au minimum les résultats faussement positifs, pour éviter d'affoler le public, sans pour autant diminuer leur capacité à détecter toute indication de l'existence d'un risque réel. Et ils doivent éviter de s'imaginer que les implications de leur science sont évidentes : les scientifiques ont aussi la responsabilité de participer activement à l'interprétation des implications de leurs résultats pour la santé.

Paul Slovic

Professeur de psychologie à l'université d'Oregon.

Président de la société Decision Research. Il a aussi dirigé une société d'analyse du risque en Virginie.



Quels sont les dangers pour la santé lors de l'utilisation d'un téléphone portable ?

Pour les détracteurs du mobile, le principe de précaution voudrait qu'on s'abstienne d'utiliser une technologie dont les effets à long terme sur le corps humain sont mal connus. Pour les autres, le téléphone GSM ne présente aucun danger.

Face aux critiques, les constructeurs ont très vite réagi en réduisant les émissions électromagnétiques de leurs appareils et précisent aujourd'hui sur les contrats qu'une utilisation prolongée peut nuire à la santé...

La critique qui revient le plus souvent compare le mobile à un four à micro-ondes. En effet, les deux technologies utilisent le même principe pour déplacer de l'énergie en générant un champ électromagnétique à très haute fréquence. 900 Mhz pour le GSM, 1.8 Ghz pour le DCS (Digital communication system) et 2.45 Ghz pour le four à micro-ondes.

Les fours à micro-onde sont blindés de façon à protéger l'utilisateur du rayonnement électromagnétique car le danger est bien réel. L'agitation moléculaire des cellules humaines soumises à un champ électromagnétique favorise la production de radicaux libres et de certaines maladies.

Mais peut-on comparer les deux technologies ?

Le téléphone GSM développe une puissance d'un niveau beaucoup plus faible que le four à micro-onde.

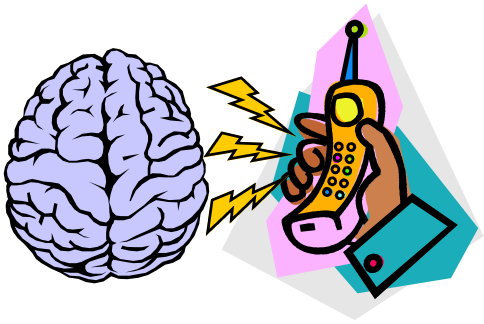
Dans l'aide-mémoire n° 183 datée de 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé fait le point : «*Il a été signalé que l'exposition à des champs de radio-fréquence trop faibles pour provoquer un échauffement pouvait tout de même perturber l'activité électrique du cerveau chez le chat ou le lapin. Cet effet a également été décrit dans des tissus et des cellules isolées. D'autres études laissent supposer que les champs de radio-fréquence agiraient sur le taux de prolifération des cellules, l'activité*

des enzymes ou les gènes de l'ADN cellulaire… Il faut poursuivre les recherches pour dresser un tableau plus complet des risques sanitaires, notamment des risques éventuels de cancer résultant de l'exposition à des champs de radio-fréquence de faible intensité. »

Le dernier avis sur la question vient d'être publié en France par l'Agence de Sécurité Sanitaire et Environnementale, le 17 avril 2003. Si le rapport exclut tout risque sur la santé par voisinage avec les antennes-relais de téléphonie mobile, il fait état de problèmes avec les combinés téléphoniques utilisés sans oreillette. Il est possible d'établir un lien entre maux de tête, échauffement, dilatation des vaisseaux du cerveau et le champ électromagnétique produit par l'antenne du téléphone GSM portable. Les études n'ont pas le recul suffisant pour se prononcer avec certitude. La prudence est donc de mise. Il convient donc d'éviter l'utilisation prolongée, notamment en cas de migraine et d'utiliser un kit main libre qui permet de tenir le téléphone éloigné.

Affirmer que l'exposition à un champ magnétique haute fréquence n'a pas d'effet sur les cellules humaines n'est pas sérieux. Si incertitude il y a, elle porte seulement sur la définition d'un seuil d'exposition au-dessous duquel on peut être sûr de l'innocuité du téléphone portable.

Les ondes ayant un effet toxique sur le corps humain sont mal connues. On sait que des fréquences du rayonnement solaire peuvent provoquer des cancers de la peau. En dehors de la nature même du rayonnement, il convient de considérer la durée d'exposition et l'intensité du courant ou du champ électromagnétique pour définir sa nocivité.



★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

Docteur George Carlo contre Thomas Wheeler

(le scientifique)

Dr George Carlo

Qui est le Dr Carlo ? C'est un expert de la santé publique, épidémiologiste de renom et juriste. Il a dirigé pendant plus de 6 ans le programme de recherche le plus vaste jamais lancé aux Etats-Unis en matière de téléphonie mobile, avant de démissionner afin de ne pas trahir sa conscience et ses convictions scientifiques.

Quant à Monsieur Thomas Wheeler, il est président de la CTIA (Cellular Telecommunication Industry Association) très puissant lobbyste de l'industrie du téléphone cellulaire de Washington.

L'histoire des deux hommes commence lorsque CNN et Larry King avaient fait une compagne médiatique après le procès de Raynard en 1993 (la femme de celui-ci décède des suites d'un cancer du cerveau – provoqué par l'utilisation intensive du téléphone portable selon le mari qui intente un procès contre le fabricant du portable). Les médias s'emparent de l'affaire (le Los Angeles Times titre à sa une « Un procès fondé sur les rayonnements des mobiles soulève la question de leur danger »). La bourse et Wall Street entrent en jeu. Motorola voit ses actions chuter de cinq dollars.

Wheeler décide d'engager l'expert le plus en vu pour diriger la recherche sur les rayonnements et prouver leur

(le lobby-

Thomas Wheeler

innocuité. Ce programme va coûter 15 à 25 millions de dollars à la CTIA voulant prouver sa bonne volonté.

Mais après six ans de travaux et de contact avec des chercheurs du monde entier, Carlo et son équipe demeurent convaincus que les téléphones portables sont dangereux.

Alors, Wheeler s'en prend à Carlo. Ce dernier abandonne son projet de recherche pour dénoncer la toute puissante industrie. Il se résigna à écrire un livre pour dénoncer les méfaits du téléphone portable de première génération.

En 2000, Wheeler présente lors de l'exposition WIRELESS 2000 des téléphones High tech qui ne fonctionnent plus selon le principe de relais d'une cellule ou station à une autre. La nouvelle génération se nomme *système de communication personnelle* : les appareils transportent, outre la voix, des données style fax, mail et se connectent à Internet. Thomas Wheeler a même fait basculer l'expo dans un new age faisant assister le président Bush et des chanteurs stars et a fait envoyer au monde un message millénaire par la voix du célèbre Bill Gates (Microsoft) et le très célèbre Steve Case (América on line). Il a fini par gagner !

Mais je persiste à dire que le téléphone portable est dangereux pour la santé (Dr George Carlo).

SAR (DAS) : Specific Energy Absorption Rate

Il consiste en une mesure complexe de la quantité de rayonnement absorbé par les tissus pendant un temps donné.

Dans la plupart des pays, les limites d'exposition aux radio-fréquences imposées par les gouvernements reposent sur des standards de fait qui ont fini par être approuvées comme normes. Il existe de ce fait deux normes :

-l'un concerne les travailleurs qui installent les matériels;

-l'autre instaure des restrictions plus fortes pour le grand public.

Il s'exprime en Watts par Kg de tissu corporel (W/Kg) calculé sur la moyenne du corps entier.

Le standard C95/1991 IEEE american est le plus universellement reconnu (The institut of electrical and electronic engineers).

Différentes normes réglementant l'exposition du public aux rayonnements électromagnétiques des radio-fréquences

	ICNIRP	Conseil de l'UE	ANSI/IEEE
Secteur géographique	Monde	Europe	Etats-Unis SAR
Moyen (corps entier)	0,08 W/Kg	0,08 W/Kg	0,08 W/Kg
SAR local	2 W/Kg	2 W/Kg	1,6 W/Kg

Conseils aux inconditionnels du portable

- Éloigner le plus possible l'appareil de l'oreille, utiliser un kit mains libres
- Choisir un appareil à antenne longue ou antenne externe.
- Ne pas rapprocher le téléphone de la tête au moment de la recherche de connexion (un maximum de radiofréquence est émis à ce moment).
- Évitez les appels quand le niveau de réception et le signal est au plus bas, c'est à ce moment que le portable émet un maximum de puissance.
- N'utilisez pas votre portable en conduisant, toutes les études montrent qu'il y a danger de mort immédiat (non à cause des radio-fréquences mais par accident).
- Interdire son utilisation par les enfants de moins de 16 ans (pénétration des RF plus profonde à cet âge). Une étude faite aux USA (université de l'Utah) en 1996 montre les niveaux d'absorption des RF chez un adulte, un enfant de 5 ans et 10 ans.
  7,84 W/Kg pour l'adulte - 19,77 W/Kg enfant de 10 ans - 33,12 W/Kg enfant de 5 ans.
- Évitez de le rapprocher des ventres des femmes enceintes et des organes sensibles du corps (tête, cœur, yeux, rate, rein, testicules).
- Évitez de le laisser auprès de vous en dormant ou en réveil.
- Éviter le port de lunettes métalliques lors des appels.
- Évitez les longues communications (moins de cinq minutes par appel).
- Résister au désir de téléphoner dans les lieux clos et/ou souterrains (métro, gares, aéroports, immeubles…) car la puissance nécessaire pour émettre est alors plus importante.

Une étude a méditer : le test de la "comète"

Objectif de l'étude

Deux études sont lancées en parallèle, elles visent à déterminer si le dommage ADN affecte des cellules sanguines humaines exposées aux rayonnements des portables et si oui par quel processus.

Des conditions réelles et exactes d'exposition ont été réalisées.

Les résultats

Le test de la "comète" n'avait pas montré de preuve de rupture d'ADN dans les globules blancs, mais le test du micro-noyau avait mis en évidence de telles ruptures au sein des chromosomes.

Pas de rupture d'ADN quand le sang est exposé trois heures piles ou 24 heures. Pas de dommages de chromosomes sanguins non plus pour une exposition de trois heures, mais dès lors que le sang est exposé pendant 24 heures, alors les chromosomes sont endommagés. Et ce dommage s'observe par la formation de micro-noyaux au sein des cellules sanguines (les cellules saines montrent un seul noyau).

Tout type de téléphone portable, analogique, numérique, PDA était capable de causer un dommage à un taux d'exposition (SAR) compris entre 5 et 10 W/Kg. Le bilan a montré que les cellules de sang humain exposées présentaient quatre fois plus de micro-noyaux que les cellules non exposées, l'énormité de l'écart laissait conclure à un effet significatif.

Les micronoyaux : marqueur qui établit le diagnostic des expert en cancérologie.

La corrélation entre micronoyaux et cancer est si constante que les médecins partout dans le monde recourent aux tests qui les identifient pour diagnostiquer la probabilité de la maladie chez leurs patients et les traiter en conséquence.

Après la catastrophe de Tchernobyl en Ukraine en 1986, les experts internationaux dépêchés sur les lieux utilisèrent le test des micronoyaux comme outil essentiel de diagnostic des cancers. Une tumeur, un cancer quels qu'ils soient, sont causés par un dommage génétique. La plus part du temps, ces dommages impliquent la formation de micronoyaux.

Conclusion

Compte tenu de l'insuffisance des connaissances scientifiques actuelles et malgré les centaines de programmes de recherche sur la téléphonie mobile de par le monde et les incertitudes qui entourent leurs résultats, ni confirmatif ni infirmant quelque danger qu'il soit, nous devons nous résigner sagement à accepter la chose (portable) qui nous a été imposé sans AMM. Vu la rapidité d'adoption par le consommateur - qui représente chez nous en moins de cinq ans plus de quatre millions d'utilisateurs, dix millions en 2010 - le mobil se popularise, alors que faire? la sagesse et la prudence se veulent mère de sécurité et plus que le principe de précaution, elles pourront gérer le risque et agir en temps opportun. Aussi, suivre scrupuleusement les conseils dictés plus haut serait salutaire. Nous avons une longueur d'avance sur les Etats Unis et les Européens, vu notre retard dans l'introduction du téléphone portable et si mal il y a nous le saurons assez tôt pour réagir, mais je pense qu'il y a du pain sur la planche pour les responsables qui devraient anticiper pour prendre des dispositions afin d'obliger les opérateurs (Mobilis, Djezzy, et Nedjma) à financer l'information sur les méfaits du portable pour les enfants, sensibiliser le consommateur à utiliser les Kits main libre, financer la pub des dangers du portable au volant (les opérateurs en France payent un pourcentage pour la recherche et comme nous ne faisons pas de la recherche (!!) autant le faire pour la prévention).

Eviter ou interdire l'implantation des relais base à proximité des écoles, hôpitaux, et regroupements sociaux.

Le consommateur devrait être informer des débits d'absorption spécifique (DAS) ou SAR comparé aux différents portables du marché; ceci n'est que le minimum ou **principe de précaution** (prudent avoidance ou évitement prudent pour les Etats-Unis). En attendant, les nouvelles technologies modifiant les signaux UMTS utilisés pour les portables de troisième génération beaucoup plus puissants, alors là le principe de précaution supposera une bonne évaluation du risque inconnu pour le moment.

Dossier préparé par Dr DEHABA Tew-

La notion de médicaments de prédilection

ce d'une autre affection associée qui le contre-indique. Chez une femme enceinte ou qui allaite on doit tenir compte du bien-être de son enfant. De même l'interaction avec l'alimentation ou d'autres produits pharmaceutiques peut renforcer ou atténuer l'effet attendu de notre médicament de prédilection. Il faut donc prévoir des solutions de rechange (un 2ème ou même un 3ème médicament de prédilection) pour faire face à de pareilles situations. Le choix des formes galéniques a aussi son importance si on a un souci concernant l'observance, notamment chez l'enfant et le sujet âgé (ici, les préparations liquides passent mieux que les comprimés par exemple) .

***Coût du traitement :** Le coût du traitement est un critère toujours important que ce soit dans les pays développés ou en voie de développement, qu'il soit pris en charge par l'état (organismes de sécurité sociale) ou par le patient lui-même. Il nous faut toujours évaluer le coût du traitement dans sa totalité plutôt que le coût unitaire du médicament (cas des malades chroniques).

Prescrire un médicament de prédilection efficace, adéquat et à effets secondaires minimes mais assez onéreux est un non-sens chez un patient aux ressources limitées ! Alors une alternative s'offre à nous : Soigner un petit groupe de malades avec un médicament cher, ou en traiter beaucoup avec un médicament qui n'est pas idéal bien qu'acceptable ? Situation assez embarrassante à laquelle la plupart des prescripteurs sont tôt ou tard confrontés. Et enfin il y a lieu de savoir de quoi il retourne en matière de remboursement et de veiller le plus possible à ne prescrire que les produits indispensables, disponibles et à un prix abordable en l'absence de remboursement (le patient risque de ne pas acheter ses médicaments).

Étape 5 : choisir le médicament de prédilection

La décision finale dans le choix d'un médicament de prédilection est l'aboutissement du processus décrit plus haut en plusieurs étapes , mais dont on peut en sauter certaines selon les cas rencontrés. Il faut se rappeler seulement de noter toutes les informations et renseignements capitaux dont les recommandations existants en matière de traitement.

Choix d'un principe actif et une forme galénique :

Il est presque impossible de choisir un principe actif sans s'intéresser à sa forme galénique. Les deux doivent être efficaces. C'est essentiellement une affaire de cinétique.

Bien que les mécanismes d'action des produits d'un même groupe soient identiques, des cinétiques différentes peuvent se traduire par des innocuités et des adéquations inégales. Les conséquences sur l'observance des traitements seront différentes. A formes galéniques différentes, schémas posologiques différents. Il faut en tenir compte.

Choix d'un schéma posologique standard :

Les schémas posologiques recommandés s'inspirent d'études cliniques effectuées sur des groupes de patients et ne conviennent à un malade donné que si son age, son métabolisme, son absorption et son excrétion correspondent tous à des valeurs moyennes et en l'absence d'autres affections ou médications. Il faut toujours adapter aux caractéristiques du patient. La meilleure solution consiste à recopier les différents schémas posologiques dans un formulaire personnel, lesquels indiquent les minima et les maxima.

Choix d'une durée standard de traitement :

Ceci dépend de la physiopathologie de l'affection et son pronostic. Certaines maladies exigent un traitement à vie (diabète, HTA, asthme…). La quantité totale du médicament à prescrire dépend du schéma posologique et de la durée du traitement de l'affection. A un patient souffrant d'une angine, un traitement par une Pénicilline d'une semaine pourrait suffire. A un autre souffrant d'une affection chronique telle une HTA, on peut proposer un traitement de deux semaines et lui demander de revenir afin de juger de son efficacité. L'importance de la surveillance du traite-

Dr GHRIS M.

Résumé :

I Poser le diagnostic (physiopathologie)
II Spécifier l'objectif thérapeutique
III Répertorier les groupes de médicaments efficaces
IV Opter pour un groupe efficace en fonction des critères applicables

	Efficacité	Innocuité	Adéquation	Coût
Groupe1				
Groupe2				
Groupe3				

V Choisir le médicament de prédilection

	Efficacité	Innocuité	Adéquation	Coût
Médicament1				
Médicament2				
Médicament3				

Conclusion : Principe actif, forme galénique
Schéma posologique standard
Durée standard du traitement

Le SIDA : d'une peine à l'au-

Au moment où l'on célèbre la Journée mondiale contre le SIDA, l'heure est à l'inquiétude. Dans le monde associatif comme au sein des agences de l'ONU - ONUSIDA, OMS...- qui sont les plus impliquées dans le Fonds mondial contre les pandémies.

Fédérer les efforts dans une lutte coordonnée contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, en voilà une bonne idée. Surtout qu'il s'agissait de rassembler les énergies -notamment financières - des pays riches. A l'heure de la réunion en Tanzanie des administrateurs du fameux Fonds mondial, beaucoup font grise mine.

Finies les envolées lyriques des débuts, quand les Etats-Unis, l'Europe et le reste du monde devaient se liguer pour, à parts égales, verser chaque année 3 milliards de dollars au service de la Cause. Les Etats-Unis, qui n'avaient en fait pris d'engagements qu'à hauteur de 500 millions, viennent d'effectuer un recul spectaculaire. Ils ont annoncé qu'ils réduisaient leur contribution à 150 millions. Du coup la France, qui avec ses 150 millions était le deuxième plus important contributeur du Fonds, vient de faire savoir par son "ambassadrice SIDA" qu'elle voulait également souffler un peu...

Ajoutons à ces coups le fait que 18 antirétroviraux génériques ont été retirés des listes de préqualification de l'OMS, soit volontairement soit par la contrainte, et l'on comprendra que les fronts s'assombrissent. L'initiative "3 en 5", au terme de laquelle l'OMS espère traiter en 2005 trois millions de personnes atteintes par le VIH-SIDA, en sera très affectée. Aux mauvaises langues qui accusent les Etats-Unis de vouloir ainsi favoriser le programme PEPFAR élaboré par l'Administration Bush, ses défenseurs répondent qu'ils ont tout faux.

Ils assurent d'abord que ce programme - PEPFAR est l'acronyme de *the President's Emergency Plan for AIDS Relief* - n'est pas un compétiteur du Fonds mondial. Bien au contraire, il viserait à conforter le premier. C'est en tout cas ce que déclarait le Secrétaire américain à la Santé en mai 2003. Il n'a pas été démenti à ce jour. Toujours est-il qu'une fois encore, l'accessibilité aux soins dépendra plus que jamais du monde associatif et des industriels. Eux n'ont pas la ressource de fermer les robinets !

(Destination Santé)

L'ACMPC organise une semaine d'information et de sensibilisation sur les MST-SIDA

Dans le cadre de la commémoration de la journée mondiale de lutte contre le SIDA, l'association du corps médical privé de la wilaya de Chlef ACMPC a organisé une semaine d'information et de sensibilisation sur les maladies sexuellement transmissibles et le Sida du 1 au 7 décembre 2004 consistant en l'organisation de rencontres-débats, projection vidéo, exposition photo au niveau de centres de regroupement des jeunes : université, lycées, casernes…

L'inauguration de cette opération a eu lieu dans l'après-midi du mercredi 1 décembre 2004 à l'institut de Droit de l'université Hassiba Benbouali de Chlef.

Parmi les meetings tenus dans le cadre de cette campagne, outre celui programmé avec les étudiants universitaires, la table-ronde qui s'est déroulée à l'école de police de Guelaftia a connu une participation remarquable de jeunes intéressés par le sujet abordé. Ces deux rencontres sont celle qui ont drainé le plus de monde.

Ces manifestations qui ont été animées par des membres du bureau de l'association ont pour objectif d'informer et de sensibiliser les citoyens à propos de ces pathologies infectieuses fréquentes chez les jeunes et aux conséquences désastreuses aussi bien pour l'individu que pour la collectivité.

SIDA : La thérapie génique

A l'occasion de la célébration de la journée mondiale du SIDA, la TV algérienne a organisé un forum consacré au thème à l'intention du monde de la presse et dont l'invité (de marque !) était le célèbre chercheur algérien le professeur SANHADJI. Ce dernier a gratifié son assistance de beaucoup de détails intéressant la recherche, notamment les nouveautés en matière de traitement de ce fléau planétaire. D'emblée, il précisera que la piste du vaccin anti-sida (qui nourrissait des espoirs fous) était une impasse pour le moment, vu les capacités de mutations assez rapides et imprévisibles du virus (il change constamment de gènes de surface). La solution médicamenteuse ? Les choses ne sont pas plus reluisantes du fait de l'adaptation du virus et ses performantes résistances toujours grandissantes aux divers produits thérapeutiques proposés. A tel point qu'on en est à la …quadri-thérapie ! Continuer ainsi une course-poursuite à l'issue somme toute incertaine sur le long terme n'est pas si intéressante. Imaginons d'autre part les coûts faramineux engendrés par de telles thérapies. D'autant plus qu'actuellement, 90% des patients atteints du sida qui bénéficient de la tri thérapie sont situés au Nord de la planète. Alors que pour les sidéens du sud qui forment les 90% du total des malades, parler de quadri-thérapie relève de la science-fiction !

C 'est alors que les chercheurs se sont tournés vers la piste génétique **:** C'est la thérapie génique. De quoi s'agit-il au juste ?

Le professeur fit un petit rappel sur la structure du HIV et la cellule-cible infectée (le lymphocyte T4). Le HIV est incapable de survivre hors de la cellule plus de 6 heures, précisa-t-il. De même, il ne pourra la pénétrer qu'a travers une serrure dont il possède le code secret. Cette serrure est une petite protéine appelée CD4. Forts de ces détails qui paraissent assez banaux, les chercheurs s'activent précisément à flouer le HIV en injectant dans le sang du malade de «faux CD4» ou des «CD4 artificiels». Le virus va se fixer sur ces derniers (des CD4 sans cellules lymphocytaires derrière) et va être ainsi neutralisé. La charge virale sera éliminée assez aisément par la suite, passés les six heures fatidiques ! Voilà pour le principe, maintenant au célèbre professeur et son équipe de passer à l'acte, avec le souhait de tout le monde du plein succès inchallah dans leurs œuvres en ce début d'année de l'ère tant Hégirienne que Grégorienne et de Yennayer ! Bonne année pour la recherche et à tous!

Dr Mahieddine GHRISS

Activités de l'ACMPC : formation médicale continue

Reprise des colloques du jeudi médical de

Hypertrophie bénigne de la prostate

L'ACMPC a entamé son cycle de formation médicale continue pour la saison 2004-2005 dès le début du mois d'octobre dernier par l'organisation d'un colloque sur l'hypertrophie bénigne (ou adénome) de la prostate. Cette pathologie constitue un motif de consultation fréquent chez les hommes au-delà de la cinquantaine. En effet, passé cet âge, près d'un homme sur deux présenterait une augmentation plus ou moins importante du volume de sa prostate, qui peut être à l'origine d'une symptomatologie urologique criarde et incommodante : dysuries, hématurie, insomnie…

L'élément le plus important dans la démarche diagnostique, c'est de confirmer le caractère bénin (éliminer un cancer) de l'hypertrophie de la prostate.

Ce colloque qui s'est déroulé à l'institut de Droit de l'université Hassiba Benbouali de Chlef a été animé par les Drs Mokrani et Bernaoui du service d'urologie du CHU Mustapha d'Alger.

Hypertension artérielle

L ' HTA touche 34 % de la population adulte en Algérie et une personne sur deux au-delà de 50 ans.

C 'est, on le sait bien, un facteur de risque majeur de morbidité et de mortalité cardio-vasculaires.

Il existe une corrélation étroite entre la valeur de la pression artérielle (surtout de la pression pulsée = différentielle entre pression systolique et pression

Suite du sujet en page 17

Le pied diabétique

Chaque année il est à l'origine à travers le monde, d'un million cinq cent cinquante-deux mille amputations des membres inférieures. Il ne s'agit ni d'un type de munitions, ni d'accidents de la route. Ce faucheur-là n'est autre que... le diabète !

Il fait plus de 3 millions de morts chaque année, dans le monde. Pour ne considérer que l'Europe, plus de 5,5% de la population est atteinte : soit 32 millions de femmes et d'hommes. En Amérique du Nord, cette proportion dépasserait les 7,8% !

Un vrai fléau donc, qui se répercute... sur nos pieds. Car cette maladie, lorsqu'elle est mal équilibrée, provoque des complications graves. Notamment l'artérite, et la neuropathie diabétique.

L'artérite provoque, dans les artères des membres inférieurs, la formation de dépôts qui bloquent le passage du sang. Résultat, la peau devient fine et fragile car elle est moins bien nourrie par le sang. Ainsi les pieds peuvent-ils être blessés par un simple frottement dans une chaussure. Et c'est là que la neuropathie entre dans la danse. La neuropathie, c'est une perte plus ou moins importante de la sensibilité nerveuse dans les pieds.

Le malade ne sent plus la douleur provoquée par la formation de couches successives de corne sous les pieds. Il court donc un risque important de développer une plaie d'abord invisible mais chronique, la *plaie du pied diabétique*. Elle peut provoquer des blessures très graves qui nécessitent l'amputation.

Or tout cela est évitable si le diabétique veille à l'équilibre quotidien de sa maladie. Chaque jour, il doit minutieusement doser ses apports alimentaires en glucides... et la teneur en sucre de son sang : la glycémie. Si vous êtes vigilants, il n'y a pas de raison particulière que vous ayez des complications au niveau des pieds. Mais dans le cas contraire, attention ! Faites examiner régulièrement vos pieds et optez pour des chaussures larges, hautes et fermées. Le but, c'est d'éviter les frottements…

Source : Cœur & Santé, novembre-décembre 2004

☆☆☆

La cocaïne réduit le cerveau !

C'est désormais bien connu : la cocaïne attaque le cerveau. Ce que l'on sait moins en revanche, c'est qu'elle cible une zone bien particulière : l'amygdale. Celle-là même qui intervient dans les processus émotionnels et comportementaux.

Grâce à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), Nikos Makris et ses collègues du Massachusetts General Hospital de Boston ont analysé le cerveau de 27 cocaïnomanes. D'autres sujets, non-consommateurs de ce toxique, ont constitué le « groupe contrôle ».

Leur résultat est probant. Les auteurs ont observé que l'amygdale cérébrale des personnes dépendantes était de plus petite taille que celle des autres. « Son volume n'est toutefois pas corrélé au niveau de consommation » précisent-ils.

Dans notre cerveau, l'amygdale -ne pas confondre avec les glandes du larynx qui portent le même nom- fait partie du système limbique impliqué dans notre comportement, nos émotions et notre mémoire. Plus précisément « l'amygdale sous-tend nos capacités de jugement et d'anticipation de nos actions » poursuivent les auteurs. « Ce constat expliquerait ainsi pourquoi les cocaïnomanes éprouvent des difficultés à appréhender les répercussions de tel ou tel comportement ».

Source : Neuron, vol.44, n°4 –Novembre 2004

L'excès de viande rouge préjudiciable aux articulations

Amateurs de viandes rouges, avis de douleurs... Un travail britannique indique en effet que la consommation de ce type de viande pourrait, chez des personnes prédisposées, majorer le risque de polyarthrite rhumatoïde.

Alan Silman et Deborah Symmons, de l'Université de Manchester, se sont appuyés sur l'European Prospective Investigation of Cancer. Une étude qui portait sur 25 000 femmes et hommes de 45 à 75 ans. Parmi eux, 88 présentaient un rhumatisme dit inflammatoire. Chez 40%, il s'agissait en fait d'une polyarthrite rhumatoïde.

Les patients qui avaient la plus forte consommation de viande rouge ont vu leur risque de polyarthrite rhumatoïde multiplié par deux ! Quant au tabac c'est confirmé, il constitue bien lui aussi un facteur de risque. Près de six polyarthritiques sur dix étaient fumeurs, contre seulement 15% dans le groupe contrôle.

Suite du compte-rendu sur :

Les Colloques du jeudi médical de Chlef

diastolique) et la probabilité de complications cardio-vasculaires. Celles-ci sont observées essentiellement au niveau du cerveau, du cœur, des reins et de la rétine de l'œil).

Ce sont donc des complications toujours graves, ardues à traiter, contraignantes sur les plans social et économique.

D'où l'intérêt d'un dépistage précoce et d'une prise en charge thérapeutique efficace du patient hypertendu avec un volet préventif et un autre curatif.

Les médicaments anti-hypertenseurs doivent être prescrits à bon escient, selon les recommandations et des protocoles validés.

Avec l'ouverture du marché algérien du médicament sur le monde, nos médecins sont assaillis chaque jour par des représentants de laboratoires pharmaceutiques vantant chacun son produit (et médisant parfois à l'égard des molécules concurrentes !). Pour mettre de l'ordre dans les idées de nos confrères à ce propos, nous avons jugé utile de faire appel à des membres de la société algérienne de l'hypertension artérielle (SAHA). Et comme le Pr Salim Benkhedda du CHU Mustapha ne refuse jamais l'invitation de ses amis de l'ACMPC et venir à Chlef éclairer les confrères sur la thérapeutique consensuelle de l'HTA, en dehors de la pression publicitaire des labos. Et effectivement, un colloque consacré au traitement de l'HTA a été organisé par l'ACMPC le jeudi 2 décembre 2004 à l'institut de Droit de l'université Hassiba Benbouali de Chlef. Outre la communication du Pr Salim Benkhedda, l'assistance a écouté le Dr Foughali Mohamed causer de son expérience professionnelle en matière d'echo-doppler dans la sténose de l'artère rénale.

Dr BENKHALED Ahmed

Le 5ème forum national de formation Une édition

La médecine, comme toute science d'ailleurs, vit en perpétuelle évolution. Chaque jour apporte son lot de connaissances nouvelles : perfectionnement des approches épidémiologiques et diagnostiques, innovations en matière d'investigation para-cliniques et de thérapeutique.

Il est impératif pour le praticien de suivre le cours de cette évolution ; la mise à jour de ses connaissances médicales est une exigence intellectuelle (pour éviter l'expression d'*obligation morale* susceptible d'être mal acceptée).

A défaut d'un cadre institutionnalisé, officiel, dévolu à la formation médicale continue, toute opportunité de perfectionnement qui s'inscrit dans cette optique serait bonne à saisir.

A l'échelle locale, des associations de praticiens - à l'image de l'ACMPC- multiplient les efforts dans ce sens, avec plus ou moins de réussite.

L'initiative lancée par la revue RMP d'organiser annuellement un forum national de FMC à Alger et des forums régionaux (Sétif et Tlemcen en 2003, Ghardaïa en 2004, Béjaia en 2005) est à saluer et à soutenir :

- en premier lieu par les médecins généralistes eux-mêmes, en participant en masse à ces manifestations scientifiques ;
- par le collectif des professeurs en encadrant volontairement la FMC ;
- par les pouvoirs publics en contribuant financièrement à l'organisation de ces rencontres.

En effet, le forum national de formation médicale continue est devenu l'événement annuel le plus attendu par les médecins qui ont eu la chance (ou plutôt qui ont saisi l'opportunité de participer à une de ses éditions). C'est certainement le plus grand rassemblement de praticiens généralistes dans notre pays.

La 5ème édition de ce forum qui s'est déroulée du 11 au 13 octobre 2004 dans la superbe Bibliothèque nationale d'Algérie d'El-Hamma a été à la hauteur de nos espérances:

- un programme de communications traitant de sujets en prise avec l'exercice quotidien du généraliste
- et des enseignants compétents et sympathiques.

Le déroulement du forum

Le 11.10.2004

La séance inaugurale s'est déroulée dans une salle archi-comble. L'invité d'honneur du forum, le sénateur Pr Feghoul s'est dit très réjoui de cette participation forte du corps médical et relève à l'occasion l'intérêt grandissant que prend le forum «en proposant à son promoteur - le Dr B. Merad-Boudia - de l'organiser l'an prochain au stade du 5 juillet !»

Cette séance a été également rehaussée par la présence du Pr Fiessinger (chef de clinique de cardiologie à l'hôpital européen George Pompidou à Paris) qui a fait état dans une brève prise de parole de son immense plaisir de venir en Algérie, de ses hésitations par le passé à s'y rendre en raison de considérations sécuritaires, de sa disponibilité à tisser et à conforter des liens solides de coopération avec ses confrères algériens.

Le prix «Histoire de la médecine»

Le meeting d'ouverture a été suivi par la cérémonie de remise du prix « Histoire de la médecine » s'inscrivant dans le cadre de la commémoration du 50ème anniversaire de la révolution armée.

Le président du jury, le Pr Dif, a déclaré qu'une vingtaine de travaux ont été remis au comité de jury du prix, que ce dernier n'a pas été en fait embarrassé pour désigner le lauréat car parmi les mémoires concurrents, un exposé se détache nettement par sa consistance et sa qualité.«Nous avons trouvé, dit-il, le travail réalisé par le docteur Benkhaled Ahmed excellent.

Le prix a été par conséquent décerné à ce dernier sous les applaudissements nourris de l'assistance.

Hommage à l'ACMPC

Le Pr Brouri présent parmi les membres du comité d'honneur a demandé la parole pour féliciter le gagnant du prix et enchaîner « celui-ci est le président d'une association - l'ACMPC - qui mérite tous les honneurs par le travail exceptionnel qu'elle réalise sur le terrain dans la wilaya de Chlef tant dans le domaine de la formation médicale continue que sur le plan humanitaire. C'est une association qui s'impose comme un exemple à suivre par le sérieux et la volonté de ses membres ; une expérience incontestablement positive qui mérite d'être généralisée à d'autres wilayas.»

Aussitôt la cérémonie d'ouverture terminée, le cycle des conférences a commencé.

Le Pr Nafti - sans doute enthousiasmé par l'insigne honneur de donné le coup d'envoi - a développé avec beaucoup d'aisance et de punch «les broncho-pneumopathies constrictives obstructives.»

Dans l'après-midi du 1er jour du forum, les participants étaient appelés à faire un choix difficile : opter

- soit à étudier les «plaies et brûlures de l'œil» puis écouter l'éminent Pr Fiessinger traitant d'un sujet très délicat «Thrombose veineuse profonde »
- soit prendre part dans une autre salle au symposium animé par le

médicale continue réussie

Pr Laraba – CHU de Bab El Oued – consacré à «l'intérêt des probiotiques dans la prise en charge des diarrhées infectieuses» puis à l'atelier encadré par le Pr Dif – EHS El-Kettar – sur les «infections sexuellement transmissibles ».

Le 12.10.2004

Le programme est entamé par une communication sur «la maladie d'Alzheimer » présentée avec brio par le Dr Bendib née Abada – CHU de Bab El Oued.

Le Pr Ammar Khodja – CHU Mustapha – lui emboîte le pas en débattant de la « place de la cosmétologie en dermatologie ».

«Les infections urinaires de l'enfant» sujet traité par le Pr Maoudj – CHU de Bab El Oued - a suscité beaucoup de questions ; c'est normal, c'est une pathologie fréquemment rencontrée en consultation pédiatrique.

L'après-midi a été consacré au diabète et à ses complications évolutives :

- le Pr Boudiba – CHU Mustapha – a exposé sur une entité nosologique nouvellement individualisée « le syndrome métabolique »;
- tandis que le Pr Belhadj – CHU Oran – a détaillé la «neuropathie diabétique» ;
- puis au Pr Mimouni – CHU Mustapha – d'évoquer l'association « diabète et grossesse ».

En parallèle, le Pr Kacha, toujours aussi percutant, animait à l'auditorium un symposium sur la « prise en charge de l'anxiété ».

Le 13.10.2004

Une fois encore, les participants étaient mis devant l'embarras du choix :

- entre assister aux conférences sur des thèmes dont l'intérêt n'échappe à personne :

S « Ulcère gastro-duodénal » développé par le duo Dr Kaddache - Pr Boucekine – CHU Mustapha

S« Cancer du col » traité par le premier chirurgien oncologue en Algérie, le Pr Bouzid - CPMC Alger.

S« La prise en charge du couple stérile» détaillée par le Dr Khodja – CHU Baïnem.

- ou participer à l'atelier sur «l'insuffisance rénale chronique » animée par les Prs Guermaz et Zekri - CHU Birtraria - et le Dr Dahmoune - CHU Beni Messous.

Pour notre part, nous avons opté pour ce dernier choix ; nous n'avons pas été déçus, la néphrologie n'étant pas enseignée en tant que discipline médicale distincte dans le cursus préparant au doctorat en médecine (quelques notions de cette «spécialité à part entière» sont incluses dans l'enseignement de l'urologie) nous reconnaissons avoir appris beaucoup de choses en la matière en participant à cet atelier qui a duré près de cinq heures, encadré par des enseignants très dynamiques et convaincants.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous les professeurs qui ont animé ce forum.

Nous souhaitons au Dr Bachir Merad-Boudia beaucoup de courage et de réussite pour poursuivre cette magnifique entreprise.

Nos souhaits de bonne santé et de bonheur vont également aux autres membres de l'équipe de RMP (nous pensons particulièrement aux professeurs Brouri, Joucdar et Guermaz).

Dr BENKHALED Ahmed

Hommage au Pr Abdelkader Boukhroufa

Le Pr Abdelkader Boukhroufa est né en 1932.

Sensibilisé jusqu'à l'aversion extrême vis-à-vis de la présence coloniale sur le sol de son pays dès son enfance, il milite à un âge relativement jeune pour la cause de l'indépendance nationale.

A l'université d'Alger, il active au sein de l'UGEMA et dès le lancement de l'appel à la grève des études en mai 1956, il est parmi les premiers étudiants à arrêter leur scolarité et rejoindre le maquis de la wilaya 3 où il va assumer le rôle de responsable sanitaire. Mais il est aussitôt fait prisonnier.

A sa libération en 1960, il rejoint la base d'appui Ouest au Maroc où il demeure au service de l'ALN jusqu'à l'indépendance.

Après la libération, il revient à Alger terminer ses études médicales puis opte pour la spécialité en cardiologie jusqu'à l'agrégation qu'il passe avec succès en 1972. Il est alors affecté comme chef de service de cardiologie au CHU d'Oran où il s'occupe de formation médicale.

En 1978, il revient de nouveau à Alger pour assurer la chefferie du service de cardio de l'hôpital Parnet.

En sus de ses activités hospitalo-universitaires, le Pr Boukhroufa a été successivement président de l'Union Médicale Algérienne, président de la Société de Médecine d'Alger, président du Croissant Rouge Algérien, membre du conseil national des moudjahidine et membre de la Commission nationale consultative de promotion et de protection des Droits de l'Homme.

Le Pr Boukhroufa est décédé le 23 mars 2004.

Dr BENKHALED Ahmed

Médecin illustre

La société algérienne d'histoire de la médecine

La société algérienne d'histoire de la médecine (SAHM) a pour rôle de promouvoir le développement de l'histoire de la médecine, de susciter et d'encourager la recherche dans ses différents domaines, d'étudier et de faire connaître le patrimoine médical national, d'évaluer la médecine populaire traditionnelle, de développer et de renforcer la coopération avec les sociétés similaires nationales et étrangères.

Dans ce but, la SAHM :

-envisage d'organiser des congrès nationaux et internationaux en fonction de ses possibilités et de ses moyens.

-de publier deux fois par an la revue Tarikh Ettib qui traite de l'histoire de la médecine et des sciences biomédicales.

Historique de la SAHM

1972 : les pionniers

C'est à l'occasion de la réunion internationale sur « l'Histoire de la médecine islamique » à Milan le 21 septembre 1972 que l'idée de créer la société algérienne d'histoire de la médecine a germé chez le Pr Saïd Chibane, le Dr Ahmed Aroua et le Dr Mahfoud Benhabylles, encouragés alors par le Pr Omar Boudjellab, Ministre de la Santé à l'époque.

1979 : La fondation

La SAHM est fondée au mois de janvier 1979 sous l'égide de l'Union Médicale Algérienne (UMA).

Composition du bureau exécutif :

Président d'honneur : Dr Amir Mohamed

Président actif : Pr Saïd Chibane

1er vice-président : Dr Ahmed Aroua

2ème vice-président : Dr Nour Oussedik

Secrétaire général : Dr Amar Benadouda

Secrétaire général adjoint : Dr Cheikh Bouamrane

Trésorier : Dr Mohamed El-Amine Missoum

Trésorier adjoint : Dr Zinaï puis remplacé par Dr Ahmed Amrouche.

1980 : Les premiers pas

Constitution d'une bibliothéque au sein de la clinique ophtalmologique de l'hôpital Mustapha d'Alger : achats de livres grâce aux subventions de l'UMA et de la cotisation des membres. Un essai bibliographique est réalisé par le Dr Cheikh Bouamrane.

Effort du bureau pour que l'histoire de la médecine soit enseignée. Malgré des échos favorables, les cursus n'ont pas pu s'ouvrir à l'intégration de l'histoire de la médecine.

En avril 1980 s'est tenue une réunion de la SAHM à la bibliothèque de la clinique ophtalmologique de l'hôpital Mustapha. Le Dr Cheikh Bouamrane a présenté une communication sur « Gilbert Dreyfus et la médecine arabe » et une autre sur « Moussa Ibn El-Maymoun ».

Le Dr Abou El-Kacem Saadallah présente une communication su « Rihlat Ibn Hamadouche El-Djazaïri, aspect médical ».

1990 : La suspension

Une nouvelle loi sur les associations vient de sortir. L'Union Médicale Algérienne retrouve son autonomie et les associations qui en dépendaient devraient se gérer elles mêmes.

La SAHM a suspendu ses activités tandis que ses membres continuèrent leurs recherches à titre individuel.

2000 : La réanimation

Le 8 juin 2000, au rectorat de la faculté centrale d'Alger, se sont réunis autour du Pr Saïd Chibane aidé par le Dr Ahmed Amrouche et le Dr Mahmoud Aroua, une vingtaine de membres pour « refonder » la SAHM.

2003/2004 : Les activités

*Première rencontre scientifique de la SAHM sous le thème « Histoire de la médecine, Pourquoi ? » programmée pour le 29 janvier 2004 à la bibliothèque nationale d'Algérie d'El-Hamma.

*Elaboration du premier numéro de la revue périodique de la société algérienne d'histoire de la médecine Tarikh Ettib.

Composition du bureau actuel de la SAHM:

Président d'honneur : Pr Saïd Chibane

Président actif : Dr Mahmoud Aroua

Vice-pésident :Dr Ahmed Amrouche

Secrétaire général : Dr Abderahmane Guellab

Trésorier : Dr Mohamed Tchikou.

Pour contacter la SAHM, s'adresser à son secrétaire général :

Dr Abderahmane Guellab
BP 332 Ferhat Boussad
(ex. Meissonnier) Alger
Fax : 021.36.49.63
E-mail : a.guellab@caramail.com

Ibn Sina